



Akcionarsko društvo za osiguranje
 "DDOR Novi Sad" Novi Sad
 Bulevar Mihajla Pupina 8, 21000 Novi Sad
 Republika Srbija
 Poštanski fah 367
 Korisnički centar: 0800 303 301
 ddor@ddor.co.rs
 www.ddor.rs

Agencija za privredne registre Republike Srbije,
 Registar privrednih subjekata
 BD.30620/2005 | PIB: 101633677 | MB: 08194815
 Ukupan upisan i uplaćen kapital iznosi 3.379.089.440,00 RSD.
 "DDOR Novi Sad" a.d.o. Novi Sad je deo Unipol Assicurazioni
 S.p.A. registrovanog u odgovarajućem registru grupa
 Republike Italije.

Prijava štete osiguranja kućnih ljubimaca / pasa i mačaka Claim notification for pet insurance



Ovaj obrazac se upotrebljava u slučaju korišćenja veterinarskih usluga za refundaciju dela troškova prema zaključenom paketu osiguranja /
 This form is used in case of using veterinary services for refund of part of expenses according to concluded insurance package.

Na adresu **pripadajuće filijale ili ddor@ddor.rs ili online** dostavite / To the address of the **relevant branch office** or to
ddor@ddor.rs or online please send:

popunjen obrazac za prijavu štete / filled out claim notification form	kopiju izveštaja veterinara / copy of veterinarian's medical report
kopiju fiskalnog računa / copy of fiscal receipt	

IDENTIFIKACIONI PODACI / PERSONAL DATA

Ugovarač osiguranja / Policyholder:	Ime i prezime osiguranika / Name and surname of the insured:
Polisa broj / Policy no.:	PIB:
Vrsta osiguranog ljubimca / Pet type:	Adresa / Adress:
Ime osiguranog ljubimca / Pet's name:	Kontakt telefon / Phone number:
Broj Mikročipa / Microchip number:	E-mail:

INSTRUKCIJE ZA PLAĆANJE / PAYMENT INSTRUCTIONS

Ime i prezime osiguranika: Name and surname of the insured:	
Poslovna banka / Commercial bank:	Broj tekućeg računa / Current account no.:

NAPLAĆENE VETERINARSKE USLUGE, LEKOVI, VETERINARSKE DIJETE etc. / VETERINARY TREATMENT COST, MEDICATIONS, VET DIETS etc.

DATUM USLUGE / DATE OF SERVICE	NAZIV IZVRŠENE VETERINARSKE USLUGE / NAME OF THE VETERINARY SERVICE PROVIDED	IZNOS / AMOUNT
UKUPNI TROŠKOVI / TOTAL EXPENSES:		

Mesto i datum prijave štete / Place and date of claim notification

Potpis podnosioca prijave / Signature of the insured